

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1953

THÈSE

N°
1058

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Auguste, Paul TREGLOZE

Né le 26 Septembre 1926, à Gorron (Mayenne)

présentée et soutenue publiquement le 8 Décembre 1952

**A PROPOS D'UN CAS DE GOITRE
MÉDIASTINAL POSTÉRIEUR**

Président : M. MONOD, Professeur

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne

PARIS - VI*

1953

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

- :-

Nom du Candidat : TREGLOZE

Prénoms : Michel, Auguste, Paul.

Date de la soutenance : 8 décembre 1952

Numéro d'ordre :

TREGLOZE (Michel, Auguste, Paul).- A PROPOS D'UN CAS DE GOITRE MEDIASTINAL POSTERIEUR.- Paris, D.P. TAIB, 1953 in-8°, 52 pages.

(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1953 N°)

TREGLOZE (Michel, Auguste, Paul).- A PROPOS D'UN CAS DE GOITRE MEDIASTINAL POSTERIEUR.- Paris, D.P. TAIB, 1953 in-8°, 52 pages.

(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1953 N°)

TREGLOZE (Michel, Auguste, Paul).-A PROPOS D'UN CAS DE GOITRE MEDIASTINAL POSTERIEUR.- Paris, D.P. TAIB, 1953 in-8°, 52 pages.

(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1953 N°)

TREGLOZE (Michel, Auguste, Paul).-A PROPOS D'UN CAS DE GOITRE MEDIASTINAL POSTERIEUR.- Paris, D.P. TAIB, 1953 in 8°, 52 pages.

(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1953 N°)



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CARNOT,
CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT,
GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY,
LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION,
MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE,
SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL
Biologie médicale	VERNE
Cancérologie médicale, sociale	HUGUENIN
Carcinologie	OBERLING
Chimie médicale	POLONOVSKI
	{ Hôtel-Dieu BROCC
Cliniques chirur. { St-Antoine	CADENAT
{ Salpêtrière	MONDOR
{ Cochin	CUENU
Clinique chirurgicale répara-} (MERLE d'AU-	
trice et orthopédique } (BIGNE	
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Clinique chirurgicale infan-} FEVRE	
tile et d'orthopédie }	
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la tuberculose	BERNARD
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT-
	DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées} DEGOS	
et syphilitiques }	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè-} ALAJOUANINE	
me nerveux }	
Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET

MM.

Clinique des maladies mentales } et de l'encéphale	DELAY
Clinique gynécologique	F. BRENTANO
	BENARD
	LAROCHE
Cliniques médicales	MOREAU
	LIAN
Clinique méd. hydro-climato. théér.	J. BESANCON
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Histoire de la méd. et de la chir.	MOUQUIN
Histologie	CHAMPY
Hygiène et Clinique première enf.	CATHALA
Hygiène et méd. préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire natu- relle médicale }	GAILLIARD
Pathologie chirurgicale de	GAUDART d'A.
Pathologie exotique	LAVIER
Patho. expérimentale et comparée	LEMAIRE
Pathologie médicale	BARIETY
Path. et thérapéut. générales	de GENNES
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	MOULONGUET
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENECUE
Thérapeutique médicale	CHABROL

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CORDIER DEBEYRE DELMAS M ^{le} GAU- THIER-V. BUSSER	Pat.chirurg.	(HUGUIER LAURENCE LEGER OLIVIER PADOVANI POILLEUX ROUX RUDLER VERNE
Bactériologie	(FASQUELLE NEVOT		
Biol.méd.	BOURLIERE		
Chimie méd.	(ETTORI JAYLE SCHAPIRA	Pat.expéri- mentale	(MERKLEN BERNARD BOUDIN CASTAIGNE CONTE DECOURT DOMART DREYFUS FAUVERT
Dermato-sy- philigraphie	(N BULLIARD COUJARD DESCLAUX		(HAMBURGER KOURILSKY LAMY MAURIC MILLIEZ PERRAULT RAMBERT TIEFFRY TURIAF
Histologie	DEBRAY		
Hydrologie	BOYER		
Hygiène	(DEPARIS	Pat.médicale	
Médecine)	(DEROBERTE GAULTIER		
Médecine légale)	(N de SEZE GRASSET LEPAGE MAYER MERGER RAVINA VARANGOT	Pédiatrie	(LAPLANE MARIE
Neurochir.	N		
Neurologie	de SEZE	Pharmacologie	(LEVY M ^{le} CHEYMOL
	(GRASSET LEPAGE MAYER MERGER RAVINA VARANGOT	Physiologie	(BARGETON PARROT
Obstétrique	(OFFRET DESVIGNES		
	(HALPHEN MADURO	Physique)	(DOGNON DJOURNO GOUGEROT
Ophthalmo- logie	(MADURO BRUMPT	médicale)	
Oto-rhino- laryngo.	(CHABAUD ABOULKER	Psychiatrie	BARUK
Parasito.	CHABAUD	Psychiatrie	MICHAUX
Parasito. coloniale)	(BAUMANN GOSSET	infantile)	

	MM.		MM.
Stomato.	CHAPUT (Mme)	Thérapeutique	BROUET
Urologie	KUSS	(chargé de l'ens.)	

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE,
pour le Service des examens.

MM. BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (Clinique chirurgicale), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT.

	MM.		MM.	
Clinique chirur.	{	AMELINE	{	BOULIN
		MENEGAUX		BROUET
		PATEL		CACHERA
		SICARD		DELARUE
Clinique obstét.	{	DIGONNET	{	GARCIN
		ECALLE		HAGUENEAU
		SUREAU		LENEGRE
Clinique ophtal.	{	RENARD	{	MARCHAL
				SOULIE
Urologie		COUVELAIRE		

--

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Mle CHAINTREUIL

--

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Bibliothécaires { Mles DUMAITRE
GOICHON
LAURENT
LE NOIR

--

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. MONOD,

Professeur de la Clinique de Chirurgie thoracique à la Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien Chef de l'Hôpital Laënnec,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l'honneur
de présider la soutenance
de cette thèse,

En témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur MARUELLE,

Qui nous a fourni le sujet de
cette thèse et nous a aidé
de ses précieux conseils
pour son élaboration.

A PROPOS D'UN CAS DE GOITRE
MEDIASTINAL POSTERIEUR

- :-

INTRODUCTION

- : -

Depuis plusieurs années, différents auteurs venant à parler de goîtres endothoraciques ont signalé une localisation médiastinale postérieure de ces tumeurs.

Ou bien il s'agissait d'observations isolées et considérées comme exceptionnelles, ou bien, dans des travaux d'ensemble étaient signalées ces localisations, parfois avec une certaine imprécision.

Nombreux sont les auteurs qui, comme le fait remarquer WENZL, ne font pas toujours la distinction entre les goîtres plongeants partiellement ou secondairement intra-thoraciques et les goîtres endothoraciques vrais pour lesquels les auteurs proposent des dénominations variées : rétro-oesophagiens, rétro-médiastinaux, rétro-vasculaires, latéro-viscéraux.

Les observations de ce genre s'accumulent semble-t-il, en parcourant la littérature, avec rapidité; les localisations postérieures du goître font peu à peu figure d'une véritable individualité clinique et anatomique pour laquelle le geste thérapeutique aussi a une originalité toute particulière.

Ayant eu l'occasion au cours de notre externat de pouvoir observer un tel cas, il nous a paru intéressant de tenter une mise à jour de la question de la localisation médiastinale postérieure du goître.

Précisons tout de suite que, tout au long de cette étude, nous n'envisagerons que le goitre médiastinal en tant qu'ectopie thyroïdienne, à l'exclusion des goitres aberrants dont les localisations peuvent être aussi variées qu'inattendues et que nous ne ferons pas rentrer dans le cadre de notre étude.

HISTORIQUE

- : -

C'est souvent parmi les travaux d'ensemble sur les goîtres endothoraciques que l'on relève la mention de localisation postérieure de l'ectopie thyroïdienne.

Signalée pour la première fois par MORY puis par RIVES, en 1944; par BERARD & SANTY, en 1947; puis par DOR, PEYCELON, DUBEAU, les goîtres médiastinaux postérieurs ont fait l'objet de travaux d'ensemble, en 1949 de SWEET, en 1950 de KEYNES, puis de NEGRE et BALMES qui arrivent à totaliser 16 observations relevées dans la littérature, plus un cas personnel.

Cà et là des observations isolées de ce syndrome sont publiées en 1950 et 1951 par MANZOCCHI, ADAMS, MONOD et DISPAN DE FLORAN, MUYLDER et PLICHART; deux ans après, le travail de NEGRE et BALMES portant sur 17 cas, et un an après le travail d'OSELLADORE portant sur 28 cas, on peut en totaliser 34, en incluant notre cas personnel.

Il serait illogique de penser qu'on puisse assister à une fréquence accrue, récente, de cette localisation du goître. Il faut donc en déduire que ce sont les meilleurs diagnostics et aussi les progrès des techniques chirurgicales et anesthésiques qui jettent un jour nouveau sur l'anatomie et le traitement de cette affection.

OBSERVATION CLINIQUE

- : -

Madame M... âgée de 58 ans est admise d'urgence dans le service d'O.R.L. du centre hospitalier régional de RENNES, le 26 novembre 1949, elle présente un syndrome asphyxique aigu avec dyspnée sévère et tirage trachéal.

Antécédents : Il s'agit d'une malade ayant déjà présenté des troubles respiratoires : fond de dyspnée et de dysphonie sur lequel se sont greffés à plusieurs reprises des accès paroxystiques de suffocation, sensations d'oppression; tirage trachéal.

Ces accès laissaient place entre eux à des épisodes de rémission, l'ensemble s'aggravant progressivement depuis environ trois mois.

De plus, la malade présente depuis déjà longtemps - le début exact des troubles est impossible à préciser - des signes d'hyperthyroïdie :

- tachycardie à 100-110
- tremblement
- brillance du regard sans véritable exophthalmie
- température augmentée : $37^{\circ}7 - 38^{\circ}2$,

enfin et surtout, la malade accuse un amaigrissement important qui s'est accentué pendant les mois précédant son hospitalisation.

- elle a perdu environ 15 kgs en 4 mois et à son arrivée, elle est véritablement cachectique - elle pèse à peine 40 kgs.

Examen :

Madame M... était à son arrivée dans un état tel que l'examen n'a pu être que sommaire.

La simple inspection suffisait toutefois à faire reconnaître que la malade était porteuse d'un goitre cervical diffus, simple augmentation de volume du corps thyroïde sans noyau perceptible. On notait encore un oedème en pélerine infiltrant le cou et les épaules.

Notre malade présentant une crise asphyxique depuis plusieurs heures, le Docteur BOURGUET, chef de service d'O.R.L. porte le diagnostic de compression trachéale et pratique immédiatement une trachéotomie, en notant que, contrairement à ce que l'état de la malade pourrait laisser prévoir, il n'existe aucun signe de dégénérescence de son goitre cervical.

Compte rendu opératoire :

trachéotomie sus-isthmique, au milieu d'un important lacis veineux et artériel. Incision des deux premiers anneaux de la trachée, mise en place d'une canule longue à frottement dur, pour dépasser la zone de compression.

Vu l'état de la malade on est obligé d'arrêter l'hémostase et de laisser en place deux pinces sur l'artère sus-isthmique.

Examen radiographique :

Les jours suivants, la malade est

en état de supporter un examen radiologique qui est pratiqué par le Docteur BIRET.

Les clichés mettent en évidence une masse importante à contours nets, siégeant dans la partie supérieure de l'hémithorax droit, et déviant la trachée vers la gauche; celle-ci est particulièrement visible, puisque soulignée par la canule.

Allongée dans le sens vertical, cette tumeur s'étend du bord inférieur de la seconde au bord supérieur de la sixième côte. Le bord inférieur de la canule, déviée à gauche, arrive un peu au-dessus du bord supérieur de la cinquième côte. Vers l'extérieur, la tumeur occupe la moitié interne de la partie supérieure de l'hémithorax droit.

Des examens radiographiques complémentaires poursuivis les jours suivants (janvier 1950) précisent les points suivants :

- La tumeur est immobile au cours des mouvements de déglutition.

- Sur les clichés de profil, elle est peu visible, mais l'intégrité du médiastin antérieur et de l'espace rétro-sternal apparaît nettement; la tumeur s'arrondit aussi en arrière pour respecter la partie toute postérieure du médiastin.

- L'ingestion d'une substance opaque montre que l'œsophage est refoulé vers la gauche, mais il n'existe pas de reflux œsophagien, la malade ne présente d'ailleurs pas de dysphagie; la plus grande souplesse de l'œsophage le rend, en effet, moins que la trachée, sensible aux compressions.

Pendant tout le temps de son hospitalisation, la malade est soumise à un traitement au lugol, son état général s'est amélioré, elle a repris plusieurs kilos.

Le 17 février 1950, le Docteur BOURGUET pratique une trachéobronchoscopie par l'orifice de la trachéotomie.

Compte rendu de la trachéo-bronchoscopie :

On ne trouve rien d'anormal au niveau de la trachée, en dehors :

- d'une plicature de la paroi postérieure due à une compression extrinsèque.
- de l'existence sur la paroi latérale gauche de la trachée, au niveau de l'extrémité inférieure de la canule d'une ulcération traumatique (celle-ci résulte du frottement de la canule dans la zone de la trachée rendue convexe par la déviation).

Nous avons déjà dit plus haut que notre malade présentait des signes cliniques en faveur d'une maladie de Basedow grave; malgré l'intérêt qu'aurait présenté cet examen, il nous a été techniquement impossible de faire une mesure du métabolisme basal à cause de la trachéotomie.

Notre malade présente donc une tumeur du médiastin postérieur, et la coexistence chez elle d'un goître cervical et d'importants signes de basedowisme nous a fait orienter le diagnostic en faveur de l'origine thyroïdienne de sa tumeur.

Quoi qu'il en soit, la malade est admise dans le service de chirurgie thoracique du

Docteur MARUELLE pour intervention.

Celle-ci a lieu le 7 mars 1950.

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- 3 -

Anesthésie (Docteur AUBREE) :

Prémédication : la veille de l'opération, on donne au coucher 0,20 g de gardénal. Une heure avant l'intervention, injection intramusculaire de :

- 0,01 g de morphine
- 0,005 g. d'atropine
- une ampoule de Phénergan.

Anesthésie proprement dite : Cocaïnisation du larynx et du pharynx par vaporisation d'une solution à 10 %. Injection de 0,20 g de penthotal intraveineux; apnée de courte durée; réinjection de 0,30 g de penthotal + 0,060 g. de Flaxédil. Intubation sous contrôle laryngoscopique, perfusion de Subtosan, plus tard de sang conservé. Inhalation en circuit fermé de O + N₂O + éther.

Au cours de l'intervention, on réinjecte penthotal et Flaxédil à la demande (au total: 0,90 g de Penthotal, 0,12 g de Flaxédil). La malade avait récupéré ses réflexes avant de quitter la salle d'opération.

Intervention : - malade placée en décubitus latéral gauche;
- Thoracotomie large selon l'incision de CRAAFORD;
- Résection de la 5ème côte après hémostase complète des plans musculaires.

La plèvre pariétale droite est incisée, la cavité pleurale est totalement libre et sans adhérences. Le hile du poumon droit paraît normal.

Rien à signaler non plus du côté du rachis ni du péricarde. Enfin, vers l'orifice supérieur du thorax et en réclinant vers le bas le lobe supérieur du poumon droit on découvre sous la plèvre médiastinale une tumeur ovalaire à grand axe vertical de consistance élastique, de surface lisse, régulière, peu mobile dans le sens transversal et paraissant fixée dans le sens vertical.

La plèvre médiastinale est mobile sur cette tumeur dont la surface est parcourue par un réseau de veines assez volumineuses.

La tumeur, qui offre l'aspect d'un adénome thyroïdien, est située entre :

- en avant : le tronc veineux innominé droit, la veine cave supérieure et le phrénique.
- en arrière: le rachis.
- en dedans : l'oesophage contre lequel la tumeur se plaque en s'insinuant derrière la trachée.

On libère le pôle inférieur de la tumeur en le disséquant des gros vaisseaux et du pneumogastrique droit qui croise sa face antérieure. A ce moment le coeur se ralentit nettement malgré une injection de novocaïne à 1 % au voisinage du pneumogastrique, et l'on doit interrompre pendant quelques instants toutes manoeuvres de dissection.

Le rythme cardiaque s'étant régularisé, on explore ensuite au doigt le pôle supérieur de la tumeur et l'on constate que celle-ci se prolonge par un pédicule de l'épaisseur d'un crayon en remontant latéralement le long des corps vertébraux.

La libération totale de la tumeur étant effectuée, celle-ci peut être facilement mobilisée et refoulée vers la région cervicale.

On se propose alors d'extirper la tumeur médiastinale par voie cervicale.

On suture à points séparés aux fils de soie la plèvre médiastine, et on referme la brèche de thoracotomie sous couvert de pénicilline "in situ". On a auparavant vérifié la réexpansion du lobe supérieur du poumon droit et drainé la cavité pleurale par une sonde de Petzer qui sera reliée plus tard à un dispositif d'aspiration.

La malade est replacée en décubitus dorsal, le cou en hyperextension.

On trace une incision cervicale le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, on découvre le lobe droit thyroïdien et on repère le pédicule glandulaire

qui réunit la partie postérieure du pôle inférieur thyroïdien au goître endothoracique.

Par traction douce sur ce pédicule, on attire facilement la tumeur thyroïdienne et on l'extirpe en procédant à une lobectomie thyroïdienne droite.

On suture alors la plaie cervicale qui est méchée sous couvert de pénicilline "in situ".

La pièce opératoire se présente comme une tumeur du volume d'une clémentine (dimensions : 5 cm 5 x 3,5) reliée par un pédicule de 3 cm à la partie basse et postérieure du lobe droit thyroïdien, lequel est régulièrement hypertrophié.

Macroscopiquement, sa surface est régulière, lisse, légèrement lobulée; sa consistance est souple, elle présente tous les caractères d'une tumeur bénigne.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur M.L. CHEVREL) : Corps thyroïde; l'examen histologique du fragment montre qu'il est constitué par des vésicules de tailles inégales contenant une colloïde dense.

Histologiquement, il s'agit d'un adénome vésiculaire.

Suites opératoires : Les suites opératoires ont été simples et apyrétiques les sept premiers jours. On pratique régulièrement une aspiration de la cavité pleurale par la sonde de Petzer.

Des radioscopies faites au lit de la malade contrôlèrent la bonne réexpansion pulmonaire.

La mèche de la plaie cervicale fut enlevée le troisième jour, la sonde de Petzer, le septième jour.

Le jour suivant l'abandon du drainage de la cavité pleurale, on assiste à une poussée fébrile à 38°6 le soir, qui se reproduira le lendemain et due vraisemblablement à un petit épanchement séro-hématique.

Malgré la proximité de l'orifice de trachéotomie, on ne note aucune infection de la plaie cervicale qui cicatrise par première intention; la plaie de trachéotomie se fermera par la suite normalement.

Les suites lointaines sont favorables, guérison complète et sans séquelles des troubles respiratoires et du syndrome de compression médiastinale naturellement; et aussi du syndrome d'hyperthyroïdie grave que présentait notre malade.

ANATOMIE

- 3 -

Comme nous l'avons signalé plus haut, l'accord semble loin d'être fait sur la dénomination à appliquer à la localisation médiastinale postérieure du goître endothoracique, ceci provenant du fait que peu d'auteurs ont songé à en faire une entité anatomique.

Nous avons vu donner à ce syndrome les dénominations de :

- .. goîtres rétro-vasculaires
- rétro-oesophagiens
- latéro-médiastinal
- rétro-médiastinal.

Pourtant tous les auteurs sont d'accord sur le fait que les rapports de la tumeur se font constamment entre :

- en avant, le plan des gros vaisseaux
- en arrière, le rachis (angle costo-vertébral)
- en dedans, l'axe viscéral rétro-oesophagien
- en dehors, la plèvre médiastine.

Les avis sont unanimes sur le fait que ces goîtres ne siègent jamais dans l'espace rétro-oesophagien prévertébral.

En première approximation, on peut donc

rejeter les termes de rétro-oesophagien ou de rétro-médiastinal.

Un premier et important point de divergence entre les auteurs consiste dans l'étude des rapports de la tumeur avec les aponévroses du cou, les gaines des gros vaisseaux et les espaces cellulaires de la base du cou.

Dans une étude d'ensemble sur les goîtres endo-thoraciques, SANTY & BERARD distinguent parmi les goîtres endo-thoraciques ceux qui se développent, comme c'est le cas le plus habituel, disent-ils, en avant des gros vaisseaux et, ceux plus rares, qui refoulent en avant l'artère sous-clavière et le tronc brachio-céphalique. Dans leurs statistiques portant sur 6 cas, SANTY & BERARD en distinguent 4, appartenant à la première catégorie, pour lesquels ils emploient le terme de médiastinal, proposant pour les 2 autres le terme de rétro-vasculaire ou de thoracique.

En 1950, NEGRE & BALMES, dans une mise au point de la question des goîtres médiastinaux reprennent la distinction entre les goîtres pré et rétro-vasculaires et font une différence fondamentale, parce que entièrement anatomique, entre 2 voies de migration intra-thoracique des goîtres cervicaux.

1 - La première ou voie antérieure, serait celle suivie par la plus grande partie des goîtres intra-thoraciques et se situerait entre :

- en avant, l'aponévrose moyenne du cou,

- en arrière, la lame thyroï-péricardique.

Le goître plongerait alors dans la loge thymique, laquelle ne serait qu'un diverticule antérieur et médian de la loge thyroïdienne.

2 - La deuxième voie de migration des goîtres thyroïdiens, ou voie postérieure, serait celle suivie par les goîtres gagnant le médiastin postérieur, ceux qui font l'objet de cette étude.

Cette voie de migration se confond d'abord avec la première :

- entre l'aponévrose moyenne du cou en avant et la lame thyroï-péricardique en arrière - puis obliquerait le long du plan incliné de gauche à droite, constitué par le tronc brachio-céphalique qui dirigerait le goître jusqu'à l'orifice supérieur du thorax. Empruntant ensuite tout naturellement la coulée de tissu cellulaire qui sépare trachée et oesophage du tronc artériel brachio-céphalique, la tumeur trouverait alors sa place entre :

- en avant, le plan des gros vaisseaux,
- en arrière, le rachis,
- en dedans, l'axe viscéral trachéo-oesophagien,
- en dehors, la plèvre médiastine.

NEGRE & BALMES ajoutent qu'il y a dans ce dispositif anatomique "un véritable diverticule médiastinal de la loge postérieure thyroïdienne", lequel n'existe qu'à droite. A gauche, en effet, se trouve un système artériel formé par les

artères nées de la crosse de l'aorte, dans un plan antéro-postérieur : carotide primitive en avant, artère sous-clavière gauche en arrière.

Les goîtres se développant vers le thorax butent contre ce dispositif : ils évoluent donc vers une des loges précédemment décrites, l'antérieure ou la postérieure droite.

En conclusion, NEGRE & BALMES sont formels : "le goître médiastinal sera toujours situé à droite".

Ces considérations anatomiques sont généralement admises par les auteurs, tels DELANNOY & SWEET qui, sans faire d'anatomie topographique aussi précise, font également la distinction entre goître antérieur et goître médiastinal.

Reprenant la question un an plus tard, un autre auteur, OSELLADORE, la remanie entièrement.

Tout d'abord il nie l'existence des 2 voies de migration des tumeurs cervicales décrites par NEGRE & BALMES.

Se référant au schéma de TESTUT et aux travaux d'anatomie topographique de CONDORELLI, OSELLADORE montre que la disposition de la loge située entre la lame de l'aponévrose moyenne du cou en avant et la lame thyroï-péricardique en arrière est interrompue par un prolongement inférieur de l'aponévrose cervicale moyenne qui, après avoir adhéré au bord postérieur de la fourchette sternale et de la cla-

vicule descend jusqu'au sommet du péricarde.

Ainsi se trouveraient délimitées deux loges :

- l'une antérieure, thymique où les formations descendant de la thyroïde ne sauraient avoir accès.

- l'autre, postérieure, serait commune à toutes les migrations endothoraciques des tumeurs thyroïdiennes, les unes restant antérieures : ce sont les goîtres plongeants ou endothoraciques simples, les autres prenant une situation latérale : ce sont les goîtres dits du médiastin postérieur, qui n'auraient pas d'autres différences avec les précédents que leur développement latéral, et pour lesquels OSELLADORE propose le terme de "latéro-médiastinaux".

De ce fait même, toujours d'après OSELLADORE, la différence entre goîtres prévasculaires et rétrovasculaires est sans objet, tous les goîtres d'origine thyroïdienne seraient par définition rétrovasculaires.

Les goîtres prévasculaires, exceptionnels, seraient le fait de néoformations à partir de thyroïdes aberrantes, sans attaches perceptibles avec le corps thyroïde.

Il ressort des conclusions d'OSELLADORE qu'il n'y a aucune disposition anatomique qui prédispose le goitre médiastinal à évoluer vers la droite, et il illustre

son affirmation en relevant dans la littérature au moins quatre observations de goîtres "latéro-médiastinaux" situés du côté gauche.

Quant à l'indéniable fréquence des goîtres médiastinaux à droite, OSELLADORE se contente de la constater sans rechercher à en fournir l'explication, faisant seulement remarquer que la localisation à droite, loin d'être particulière au goître médiastinal, est valable pour toutes les tumeurs de cette région du médiastin, neurinomes, en particulier.

Les conclusions d'OSELLADORE ne confirment donc pas celles de NEGRE & BALMES; nous ne prétendons trancher en aucune façon les divergences d'opinions de ces auteurs, mais nous faisons remarquer toutefois que la suite des travaux d'OSELLADORE rend toute sa particularité à la localisation postérieure du goître médiastinal, quand il s'agit de la discussion diagnostique, et de la sanction thérapeutique, comme nous le verrons plus loin.

Enfin, toujours du point de vue anatomique, un dernier point reste à préciser : c'est la constance de la vascularisation de la tumeur exclusivement par les vaisseaux thyroïdiens. Ce fait, reconnu constamment dans les différentes observations, présente un gros intérêt pour le temps opératoire; nous aurons l'occasion d'y revenir.

ORIGINE DE L'ECTOPIE MEDIASTINALE

DE LA GLANDE THYROÏDE

— 0 —

Pour les partisans de l'individualité anatomique du goître médiastinal postérieur, celui-ci est ordinairement considéré comme naissant sur les côtés postérieurs et latéraux du corps thyroïde.

La disposition anatomique locale fait, en effet, que le médiastin, s'il s'arrête en avant au niveau de la fourchette sternale remonte en arrière dans le cou. Ceci revient à dire que si le goître commence à évoluer du côté inférieur et latéral de la thyroïde, il peut devenir immédiatement médiastinal s'il s'engage dans le coin compris entre la gouttière costo-vertébrale, la coupole pleurale et l'axe trachéo-bronchique.

Dans le cas de notre malade, nous avons vu qu'il s'agissait d'une tumeur tenant par un large pédicule au bord inférieur et latéral du lobe droit du corps thyroïde.

Pour OSELLADORE, pour qui le goître latéro-médiastinal n'est qu'un cas particulier des goîtres à développement thoracique, n'importe quel goître est susceptible de devenir latéro-médiastinal. Il admet toutefois que la disposition anatomique citée

plus haut et qu'il a bien mise en évidence, joue en faveur du développement latéral de la tumeur à point de départ latéral ou postérieur.

Rappelons que nous n'envisageons pas ici naturellement les goitres nés de thyroïdes aberrantes dont la localisation médiastinale est évidemment possible, mais n'entre pas dans le cadre de notre étude.

DIAGNOSTIC

-- : --

DIAGNOSTIC POSITIF -

A l'examen des différents cas publiés, un fait apparaît évident : c'est la rareté avec laquelle le diagnostic exact est porté.

En effet, cette tumeur n'a aucune originalité particulière si elle est uniquement médiastinale. Elle peut en effet n'avoir aucun signe cervical ni thyroïdien (pas de tumeur médiane mobile avec les mouvements de déglutition, pas de basedowisme).

Avant toute discussion, il faut donc insister sur la valeur que prendra la coexistence d'un goître cervical associé à une tumeur médiastinale, et en faire un signe important en faveur de la nature de la tumeur, encore que SANTY et BERARD rapportent un cas où le rapprochement n'avait pas été fait.

NEGRE & BALMES soulignent que signes de tumeur médiastinale plus goître cervical donnent à l'ensemble une valeur diagnostique absolue.

Le diagnostic sera beaucoup plus difficile quand nous nous trouverons en présence d'une tumeur du médiastin isolée. En effet, l'origine thyroïdienne de la tumeur ne la fait différer en rien des au-

tres tumeurs du médiastin : c'est à dire que, comme dans toutes les tumeurs médiastinales on aura une période de latence plus ou moins longue, suivie de l'installation progressive d'un syndrome de compression du médiastin.

A cet égard, OSELLADORE fait remarquer que le goître ectopique serait caractérisé par l'absence ou le peu d'intensité des signes médiastinaux - tirage trachéal ou compression veineuse - et la présence de signes pulmonaires, toux, hémoptysies.

NEGRE & BAIMES, et avec eux la quasi-totalité des autres auteurs insistent au contraire sur l'apparition rapide du syndrome de compression; trachéale en particulier, qui serait à mettre sur le compte de la rapidité du développement de la tumeur dans le sens vertical, alors que le pôle supérieur de la tumeur reste à hauteur de l'orifice supérieur du thorax.

En rapprochant ces considérations de notre cas personnel, nous remarquons qu'il vérifie les conclusions de la majorité des auteurs; on se rappelle en effet que le syndrome de compression trachéale de notre malade avait nécessité la trachéotomie d'urgence. Quant à la compression exercée sur les gros vaisseaux et l'oesophage, elle serait en général plus tardive; ceux-ci se laissent en effet refouler plus facilement, mais notre malade vue pour la première fois à un stade avancé de l'évolution de la maladie, présentait une circulation collatérale avec un oedème en pélerine, et aux examens radiographiques un refoulement important de l'oesophage

vers la gauche, lequel, il est vrai, ne donnait lieu à aucun signe de dysphagie.

Comme on le voit, tous ces signes n'ont pas de valeur absolue et dans le cas que nous rapportons, c'est la coexistence avec le goître cervical de la tumeur médiastinale qui nous a été le plus précieux signe en faveur du diagnostic.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE, s'il est nécessaire pour affirmer l'existence de la tumeur médiastinale, n'apporte pas, lui non plus, d'éléments décisifs en faveur du diagnostic étiologique.

Un fait important est toutefois à signaler : l'ascension de la tumeur au cours de la déglutition lors d'un examen sous écran. Ce signe, déjà important pour le diagnostic d'une tumeur cervicale, le serait à plus forte raison dans le cas qui nous occupe, mais tous les auteurs sont malheureusement d'accord pour reconnaître son inconsistance. C'est dire qu'il n'y faut point trop compter pour préciser l'origine thyroïdienne de la tumeur.

On se rappelle que dans le cas de notre malade il avait été impossible de mettre ce signe en évidence.

La forme régulièrement arrondie qu'empruntent les goîtres ectopiques du médiastin n'a non plus rien de bien caractéristique. Toutes les tumeurs de cette région - le neurinome en particulier - présentent ce caractère qui tient sans doute à la faible densité et à l'homogénéité du tissu pulmonaire dans lesquels ces tumeurs évoluent.

Plusieurs auteurs signalent l'intérêt que peut présenter, quand on le trouve, le signe consistant en l'absence d'homogénéité et présence de calcifications dans l'ombre de la tumeur à l'examen tomographique. Ce signe serait, sinon décisif, du moins un bon signe de probabilité.

Les clichés pris sur notre malade ne mettent pas en évidence de défaut dans l'homogénéité de sa tumeur, mais il n'a pas été pratiqué de tomographies dans notre cas personnel.

°
° °

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : Nous venons de voir la pauvreté des signes plaissant en faveur du diagnostic de goître médiastinal postérieur, en dehors de la coexistence de la tumeur médiastinale et du goître cervical ou de la présence de signes de maladie de Basedow.

Le diagnostic sera donc surtout différentiel, c'est dire qu'il oblige à passer en revue différents syndromes ayant en commun une image radiologique arrondie de la partie supérieure d'un hémithorax. Nous verrons successivement :

- 1 - les tumeurs neurogènes,
- 2 - les kystes dermoïdes et les tumeurs teratoïdes,
- 3 - les anévrysmes de l'aorte et des troncs artériels du médiastin,
- 4 - les kystes bronchiques extra-pulmonaires,
- 5 - les tumeurs ganglionnaires malignes,
- 6 - les tumeurs thymiques,
- 7 - le syndrome de PANCOAST-TOBIAS.

1 - Les TUMEURS NEUROGENES -

Les tumeurs thoraciques les plus fréquemment rencontrées sont les tumeurs neurogènes - neurinomes, ganglioneuromes - et c'est à elles qu'on pense tout d'abord.

Cliniquement le neurinome évolue bien souvent avec un minimum de troubles fonctionnels : les douleurs restent presque toujours d'intensité modérée, la toux et la dyspnée sont rares; quant aux signes de compression trachéale et oesophagienne, ils apparaissent assez tardivement, et de toutes façons ne sont pas bien caractéristiques d'un neurinome et ne permettent pas le diagnostic différentiel avec le goitre médiastinal postérieur.

Aussi est-il important de rechercher un signe de diagnostic radiologique : l'intégrité partielle du médiastin postérieur sur les films de profil et de 3/4 qui serait caractéristique du goitre médiastinal, alors que le neurinome envahirait plus précocement l'angle costo-vertébral.

Il est à remarquer que, sur les clichés de profil pris sur notre malade, la partie toute postérieure du médiastin était respectée.

2 - LES KYSTES DERMOIDES ET LES TUMEURS TERATOIDES -

Les kystes dermoïdes et les tumeurs tératoïdes du médiastin retiendront notre attention, leur siège dans le médiastin postérieur est exceptionnel, les formations sont le plus souvent antérieures et leur symptomatologie remontant parfois à l'enfance est plus souvent pulmonaire - toux, hémoptysie - que médiastinale proprement dite.

3 - LES ANEVRYSMES DE L'AORTE ET DES TRONCS ARTERIELS DU MEDIASTIN - Les anévrysmes de l'aorte ou des gros troncs artériels du médiastin, le plus souvent du tronc brachio-céphalique, peuvent, eux aussi, avoir une symptomatologie tumorale susceptible de faire errer le diagnostic.

Ils s'accompagnent de signes fonctionnels variables, tels que douleur sourde rétro-sternale, signes de compression médiastinale.

Les signes directs d'anévrysme peuvent parfois, mais non toujours, être retrouvés à l'examen clinique :

- matité dans le premier espace intercostal avec perception dans cette zone d'un souffle systolique se propageant vers le cou.

- La palpation de la base du cou cherchera à percevoir le pôle supérieur de la tumeur, avec parfois constatation de battements, d'expansion et d'un souffle : ces signes imposent évidemment le diagnostic.

- Le retard du pouls radial et du pouls carotidien constitue également un bon signe.

Enfin la localisation antérieure de l'anévrysme, associée à l'un ou l'autre de ces signes, achèvera de les différencier du goître médiastinal postérieur.

4 - LES KYSTES BRONCHIQUES EXTRA-PULMONAIRES - Les kystes bronchiques extra-pulmonaires peuvent, eux aussi, donner des images opaques du sommet de l'hémithorax; toutefois

ils siègent ordinairement au voisinage du pédicule pulmonaire et respectent le plus souvent la partie toute supérieure du médiastin; à cet égard, ils peuvent plus facilement être éliminés du diagnostic différentiel.

5 - LES TUMEURS GANGLIONNAIRES MALIGNES -

Les tumeurs ganglionnaires malignes - lymphosarcomes, lymphoadénomes, carcinomes, adénopathie de la maladie de Hodgkin - sont en général caractérisées par leur situation plus antérieure, leur évolution rapide, les modifications sanguines, et en dernier ressort leur réaction au traitement d'épreuve par les radiations.

6 - LES TUMEURS THYMIQUES -

Les tumeurs thymiques bénignes ou malignes, quand elles débordent les limites de la loge thymique et prennent une situation médiastino-thoracique peuvent aussi prêter à discussion. Mais l'association d'un syndrome myasthénique, s'il existe, est caractéristique. La radiothérapie d'épreuve n'est positive qu'en cas d'épithélioma et négative dans les sarcomes.

De toutes façons, la tumeur a toujours une situation très antérieure.

7 - LE SYNDROME DE PANCOAST-TOBIAS -

Signalons enfin le diagnostic différentiel qui peut se faire avec le syndrome de PANCOAST-TOBIAS.

Ce syndrome, encore peu connu, est caractérisé par :

a) une tumeur du sommet du thorax se

traduisant par un aspect radiologique caractéristique : image ronde ou en croissant, ainsi que l'ont signalé PRUVOST et TEYSSIER.

b) son siège postérieur dans le plan nerveux du cou et contre le plan costal.

S'y ajoutent un syndrome de Claude Bernard-Horner et des douleurs violentes au niveau de l'épaule et du membre supérieur et une paralysie brachiale radiculaire inférieure du type Déjerine-Klumpke.

Ce syndrome bien défini du point de vue clinique et radiologique peut prendre naissance dans l'un quelconque des segments suivants : poumons, plèvre apicale, aponévrose, premières côtes ou face latérale des vertèbres.

CHENEBAULT précise : "il y a masse tumorale qui, dans la totalité des observations, fut un cancer, sauf dans le cas unique de MAHOUDEAU et COURJARET, où il s'agissait d'un abcès froid tuberculeux".

La constance des signes en faveur d'un cancer font du syndrome de PANCOAST-TOBIAS un syndrome assez caractéristique cliniquement pour ne pas prêter à erreur avec le goitre médiastinal postérieur.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES -

Le manque de spécificité des signes cliniques et radiologiques en faveur de l'origine thyroïdienne de la tumeur médiastinale, a fait essayer par plusieurs auteurs, différents examens complémentaires.

La création d'un pneumothorax, si elle permet d'éliminer les tumeurs pulmonaires,

ne précise pas les caractères différentiels du goitre ectopique avec un neurinome, une adénopathie solitaire, un kyste dermoïde, ou un anévrysme.

La pleuroscopie n'apporte pas non plus de renseignements notables.

Ces manoeuvres n'ont pas été pratiquées chez notre malade dont nous avons dit l'état alarmant à son arrivée. D'ailleurs la coexistence du goitre cervical que présentait notre malade avec sa tumeur médiastinale, avait beaucoup simplifié la discussion du diagnostic différentiel.

Signalons enfin, à titre documentaire, la ponction biopsique de ROHOLM, reprise par SANTY et WELTI, qui y voyaient un moyen de réduction de la masse tumorale, méthode dont SANTY lui-même dénonce l'inconstance des résultats.

ROUHIER fait de plus, remarquer le danger de cette méthode; il rapporte un cas d'intoxication suraiguë à la suite d'un essai de ponction qui avait abouti à l'irruption dans le médiastin de la plus grande partie du contenu d'un gros kyste thyroïdien.

TRAITEMENT

- :-

Si jusqu'ici nous avons relevé des divergences sensibles entre les différents auteurs, le chapitre du traitement du goitre médiastinal postérieur nous permet au contraire de mettre en évidence la quasi-unanimité des conclusions auxquelles arrivent ces auteurs à propos du geste thérapeutique.

Précisons tout de suite qu'il s'agit de traitement chirurgical dont l'indication est formelle étant donné les compressions médiastinales qu'entraîne la localisation de la tumeur : rappelons-nous notre malade qui ne respirait plus que grâce à une trachéotomie.

Dans une publication parue en 1947, SANTY et BERARD mettent en avant l'avantage de la voie cervicale pour bon nombre de goitres thoraciques : opinion qui se trouve confirmée par les travaux de DOR, REBOUD et OTTAVIOLI.

Ces derniers auteurs rapportent l'observation d'un goitre plongeant intra-thoracique, expansion du lobe thyroïdien gauche qui se trouvait derrière la trachée; ils précisent qu'il s'agissait d'un goitre du volume d'un oeuf de pigeon qui fut aisément extrait par voie cervicale, et que la sternotomie médiane qui avait été pro-

jetée ne fut pas nécessaire.

Mais rapidement SANTY & BERARD et, après eux, BENZL, Van den WILDENBERG, font une réserve pour les goitres à localisation postérieure surtout dans les cas fréquents où le diagnostic exact n'a pu être porté de façon certaine avant l'intervention.

Il est évident que lorsque la tumeur présente un volume considérable, l'abord n'en est possible que par thoracotomie; et, même si elle est de volume moyen, la voie d'abord cervical ne donne pas un jour suffisant pour contrôler efficacement une hémorragie qui se produirait dans le médiastin postérieur au cours des tractions exercées sur le pédicule de la tumeur.

Un peu plus tard, NEGRE & BALMES, puis SWEET citent seulement la voie d'accès cervical et le morcellement de la tumeur proposés par LAHEY, et soulignent combien cette voie est aveugle et dangereuse dans les goitres médiastinaux postérieurs.

Aussi a-t-on tout d'abord recherché à agrandir la voie d'abord : COGNIAUX préconise la désarticulation temporaire de l'extrémité interne de la clavicule.

DELANNOY, Van den WILDENBERG & KEYNES disent se trouver bien de la sternotomie médiane.

Mais ces auteurs envisagent ces voies d'abord dans des études d'ensemble sur les goitres thoraciques en général où ils ne relèvent qu'un ou deux cas de localisation postérieure. Il semble plus rationnel de

réserver la voie d'abord antérieure pour les goitres plongeants antérieurs; cette voie qui ouvre un jour directement sur le plan des gros vaisseaux ne semble pas bien indiquée pour l'abord des goitres postérieurs.

C'est donc à la thoracotomie latérale que peu à peu s'adressent les différents auteurs, d'abord avec réserve, étant donné la gravité qui s'attachait à cette opération il n'y a encore que peu de temps. Mais les techniques opératoires et anesthésiques, celles-ci ne se séparant pas de celles-là dans la chirurgie thoracique, sans cesse améliorée, ont incité à moins de timidité dans l'acte opératoire.

Aussi, SANTY & BERARD concluent leur étude en affirmant que la seule voie d'abord à la fois pratique et sûre est la thoracotomie latérale.

Mais ils rapportent une observation d'une thoracotomie faite pour tumeur du médiastin sans qu'on ait porté le diagnostic de l'origine thyroïdienne de la tumeur avant l'intervention.

Leur compte rendu opératoire met en évidence les difficultés de la libération du pôle supérieur pédiculisé de la tumeur, de l'hémostase et l'intensité du shock qui s'ensuivirent.

Forts de cette expérience, SANTY & BERARD proposent, si le diagnostic de l'origine thyroïdienne de la tumeur est porté, même de façon incertaine, de pratiquer une incision cervicale préalable. Ils concluent

que même lorsque le volume de la tumeur permettra d'envisager comme nécessaire la thoracotomie, la ligature du pédicule thyroïdien inférieur sera infiniment plus facile et plus sûre par cervicotomie.

La thoracotomie qui suivra sera la grande thoracotomie habituelle en chirurgie thoracique, donnant un large jour sur le dôme pleural.

Pour NEGRE & BAIMES aussi, la seule voie logique est la voie thoracique, la voie extra-pleurale pouvant s'adresser aux tumeurs dont le volume modéré laisse une certaine liberté de manoeuvres intra-thoraciques; la voie transpleurale serait réservée aux tumeurs volumineuses étroitement enclavées dans l'hémithorax.

Mais comme SANTY & BERARD, NEGRE & BAIMES dénoncent la difficulté de l'hémostase, en particulier en cas de goitres étroitement solidaires du corps thyroïde, et proposent à leur tour l'hémostase préalable par voie cervicale.

Un peu plus tard, OSELLADORE fait à son tour valoir la nécessité de la thoracotomie, et ajoute que la situation latérale des goitres ectopiques du médiastin doit faire préférer une voie d'abord latérale. Ceci, ajouté à la constatation des rapports que contracte la tumeur avec la veine cave en avant, l'azygos en bas, doit faire préférer la voie transpleurale.

Il ajoute, qu'au cours de l'intervention par voie extra-pleurale le décollement pleural se complique volontiers d'une blessure

de la plèvre, éventualité qui comporte tous les inconvénients de la voie transpleurale sans en avoir les avantages.

Plus récemment, les voix de MONOD & DISPAN de FLORAN, de MUYLDER et PLICHARD font une quasi-unanimité autour de l'avantage de la thoracotomie latérale, préférablement transpleurale, associée à la cervicotomie.

Il ressort du rapprochement de ces opinions qu'on peut considérer actuellement la question du traitement des goitres du médiastin postérieur comme désormais bien établie.

Le goitre médiastinal postérieur sera avantageusement abordé par voie thoracique, plus volontiers transpleurale; c'est ce qui a été pratiqué, on s'en souvient, dans le cas que nous avons rapporté.

On se souviendra que la libération du pôle supérieur de la tumeur et l'hémostase sont plus faciles et moins dangereuses par voie cervicale. Les auteurs conseillent de faire de la cervicotomie un premier temps de l'extirpation du goitre ectopique.

C'est ce qui a été pratiqué dans l'observation que nous avons rapportée, avec cette particularité que la cervicotomie a été le deuxième temps de l'opération, et a été suivie d'un accouchement de la tumeur par la plaie cervicale; ceci a permis de réaliser, outre une hémostase facile et rapide, une ablation du lobe droit de la thyroïde qui a été enlevée d'un bloc avec la tumeur thoracique.

Ce complément d'intervention s'avérait en effet nécessaire, chez notre malade, porteuse, on s'en souvient, d'un goitre cervical diffus et présentant un tableau clinique de basedowisme grave.

CONCLUSIONS

- : -

En résumé : on peut admettre ou non l'individualité anatomique du goitre du médiastin postérieur; on peut considérer ou non comme une entité anatomique l'existence du diverticule médiastinal droit décrit par NEGRE & BALMES; un fait demeure certain :

Le goitre médiastinal postérieur doit prendre une place dans le diagnostic des tumeurs du médiastin auprès des neurinomes, des adénopathies, des kystes dermoïdes, des tumeurs d'origine thymique ou des anévrysmes.

En l'absence du signe important du diagnostic qu'est la coexistence d'un goitre cervical ou de signes d'hyperthyroïdie avec la tumeur médiastinale, on retiendra comme plaidant en faveur de l'origine thyroïdienne de la tumeur médiastinale, au cours de l'examen radiologique :

1 - son ascension avec des mouvements de déglutition, signe inconstant mais important s'il existe.

2 - l'absence d'homogénéité, et la présence de calcifications dans la tumeur, en particulier aux coupes tomographiques.

3 - comme un élément de présomption, la position de la tumeur dans le médiastin moyen, respectant l'angle costo-vertébral contre lequel elle se plaquerait plus tardivement que le neurinome, par exemple.

Mais ce qui ressort le plus nettement de l'examen de l'aspect actuel de la question, c'est l'originalité de l'acte opératoire : thoracotomie latérale avec cervicotomie "de sécurité", avec ou sans thyroïdectomie partielle.

Ne craignons pas de dire que la plus grande sécurité qu'offrent tous les jours les techniques de la chirurgie thoracique font envisager ce geste thérapeutique avec de plus en plus de confiance.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : R. MONOD

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : JEAN SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- 3 -

MORA

Le goitre médiastinal postérieur.
Surg. Gyn. Obst. sept. 1944 76, N° 3
p. 314-317.

SANTY & BERARD

Les problèmes du diagnostic et de la
voie d'abord des goitres intra-
thoraciques.
Mémoires de l'Académie de Chirurgie.
Janvier 1947, p. 51.

J. DOR

Goitre médiastinal postérieur enle-
vé par voie extra-pleurale.
Sté de Chirurgie de Marseille, dé-
cembre 1947.

RIVES

Annals of Surgery, p. 797-810, 1947.

SWEET

Goitre intra-thoracique siégeant
dans le médiastin postérieur.
Surg. Gyn. Obst. Juillet 1949.
89, N° 1 p. 57-66.

KEYNES

British Medical Journal. p. 626 et suiv.
mars 1950

NEGRE & BAIMES

Les goitres du médiastin postérieur.
Journal de Chirurgie, p. 190-200,
mars 1950.

LE GENISSEL & PIETRI

Compression oesophago-trachéale et
reflux trachéal par prolongement
postérieur d'un volumineux goitre
cervical.
Journal Radiol. Elect. 1950, 31,
N° 7-8, p. 496-498

LE ROYS MALA DALLALANA

Goitre se prolongeant dans le mé-
diastin postérieur.
Hospital février 1950, 37, n° 2,
p. 263-273.

PALUMBO V.

Considérations anatomo-pathologiques
et chimiques sur 110 cas de goitre .
Policlinico, août 1950, 57, N° 4,
p. 185-207.

MANZOCCHI

Chirurgie. p. 413, 1949.

ADAMS

Journal of Thoracic Surgery, p. 741-
754, 1950.

VAN DEN WILDENBERG

Le Scalpel. p. 563-584, 1950.

MONOD & DISPAN DE FLORAN

Goitre thoracique du médiastin pos-
térieur opéré par voie extra-pleu-
rale.
Le Poumon, p.489-490, 1950.

OSELLADORE

Quelques précisions sur le goitre
médiastinal postérieur.
Lyon Chirurgical, p. 641-648, 1951.

CROHN & KOBAK

Goitre médiastinal postérieur vrai.
American Journal Surgery, p. 283-286,
1951, 82, N° 2.

BOBBIO A. & BRUZZONE P.L.

Les adénomes thyroïdiens intra-
thoraciques postérieurs.
Minerva Chir. 1er mars 1951, 6, N° 5,
p. 103-113.

WILSON

Le goitre médiastinal.
British Journal Surgeonery
34, N° 154, p. 130-135, 1951.

MUYLDER & P. PLICART

A propos d'un cas de goitre du mé-
diastin postérieur.
Le Poumon, N° 3, p. 237-242, 1952.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
OBSERVATION CLINIQUE	14
Antécédents	
Examen	
Trachéotomie	
Examens radiologiques	
Trachéo-bronchoscopie	
Compte rendu opératoire :	
Anesthésie	
Intervention	
Examen de la pièce opératoire	
Suites de l'opération	
ANATOMIE	23
DIAGNOSTIC	31
Diagnostic positif	
" différentiel	
Examens complémentaires.	
TRAITEMENT	40
CONCLUSIONS	46
BIBLIOGRAPHIE	48

SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

--:-

2011